

## CARTAS AL DIRECTOR

# La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el tabaquismo: principales factores de riesgo en las neumonías de personas mayores de 65 años

**Introducción.** En nuestro país se declaran entre 400 y 600 casos de neumonía por 100.000 habitantes/año, y se estima que la incidencia real en personas mayores de 65 años puede situarse en 15-25 casos por 1.000 habitantes/año. La neumonía por *Streptococcus pneumoniae* representa del 20-30% de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC), de las cuales un 5-20% desarrollan bacteriemia; este agente es el causante del 30-50% de las neumonías graves que requieren hospitalización, con una letalidad global del 5% y del 15 al 20% en las formas bacteriémicas (ascendiendo al 60% en pacientes con enfermedades subyacentes y/o mayores de 70 años)<sup>1,2</sup>.

La efectividad de la vacuna antineumocócica de 23 serotipos (VAN) respecto a la prevención de la adquisición de la infección está actualmente en discusión, y ésta además parece disminuir en la población anciana. Sin embargo, la indicación de la vacuna sigue manteniéndose en este grupo de edad, independientemente de que los pacientes presenten o no otros factores de riesgo (además de la edad) para la neumonía<sup>3,4</sup>.

**Objetivo.** Conocer la incidencia de NAC entre la población mayor de 65 años y analizar su posible relación con la presencia de factores preventivos y/o de riesgo.

**Diseño.** Estudio longitudinal observacional retrospectivo.

**Ámbito.** Área Básica de Salud (ABS) urbana.

**Sujetos.** Muestra aleatoria sistemática de 602 pacientes mayores de 65 años al inicio del período de seguimiento (enero de 1994), estratificada al 50% según vacunación antineumocócica.

**Medidas e intervenciones.** Mediante revisión exhaustiva de las historias clínicas

**TABLA 1. Tasas de incidencia media anual (por 1.000 personas) y riesgos relativos (RR) en personas mayores de 65 años, según presencia de algunos factores de riesgo y de vacunación antineumocócica (VAN) previa. Valls, 1994-2000**

	Incidencia con VAN	Incidencia sin VAN	Total		
			Incidencia	RR	IC del 95%
Diabetes	1,389	1,258	1,327	1,01	0,43-2,22
Cardiopatía	2,273	1,471	1,866	1,66	0,83-3,29
EPOC	5,917	1,191	3,639	4,68	2,38-9,20
Tabaquismo	2,745	3,571	3,031	2,88	1,15-7,00
Enolismo	0,926	3,922	2,381	2,03	0,65-5,87

RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

de atención primaria (HCAP) y listados de altas del hospital de referencia identificamos las NAC diagnosticadas (con confirmación radiológica) durante el período 1994-2000. Registramos la presencia, al inicio del estudio, de VAN en los 12 meses previos, así como la presencia o no de diabetes mellitus (DM), cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tabaquismo y/o enolismo.

**Resultados.** Durante los 6 años estudiados, observamos un total de 48 NAC (30 en personas vacunadas y 18 en no vacunados previamente frente a *S. pneumoniae*), lo cual supone una tasa de incidencia acumulada del 79,7‰ (99,7‰ en vacunados y 59,8‰ en no vacunados;  $p = 0,10$ ).

En la tabla 1 puede observarse la incidencia de neumonía según VAN previa y presencia de algunos factores de riesgo, así como los riesgos relativos (RR) para la presentación de NAC.

Como puede apreciarse en la citada tabla, aunque todos los factores de riesgo estudiados presentaron un  $RR > 1,00$ , sólo existía significación estadística en el caso de pacientes con EPOC ( $RR = 4,68$ ;  $p < 0,001$ ) o con hábito tabáquico ( $RR = 2,68$ ;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** En nuestro estudio no se observa una reducción del RR para la aparición de NAC entre aquellas personas mayores de 65 años que habían recibido vacunación antineumocócica. Este dato es compatible con los resultados obtenidos en otros estudios que parecen avalar la falta de eficacia de esta vacuna para prevenir la infección neumocócica.

Por otra parte, nuestros resultados confirman el hecho de que, si bien existen otros factores de riesgo para las NAC, la EPOC y el hábito tabáquico son sin duda los más

importantes por su elevada prevalencia y la magnitud de sus RR.

A. Vila Córcoles<sup>a</sup>, O. Ochoa Gondar<sup>b</sup>, I. Hospital Guardiola<sup>c</sup> y M.L. Marín Canseco<sup>d</sup>

Médicos de Familia. <sup>a</sup>Servicio de Atención Primaria (SAP) Tarragona-Reus-Terres del Ebre. España. <sup>b</sup>Área Básica de Salud Sant Pere i Sant Pau. SAP Tarragona. España. <sup>c</sup>Área Básica de Salud Valls. SAP Tarragona. España. <sup>d</sup>Área Básica Morell. SAP Tarragona. España.

1. Salleras L. Vacunación antineumocócica en la tercera edad. Vacunas Invest Pract 2000;1:55-8.
2. Plans P, Garrido O, Salleras L. Coste-efectividad de la vacunación neumocócica en Cataluña. Rev Esp Salud Pública 1995;69:409-17.
3. Aller AI, Garjón FJ, Buisán MJ, Palacín JC. ¿Está justificada la vacunación contra el neumococo en mayores de 65 años? Aten Primaria 2002;7:433-7.
4. Álvarez MJ, Mayer MA. El dilema sobre el coste efectividad de la vacuna antineumocócica sigue abierto. Medifam 2001; 3:115-21.

## Incidencia de cáncer, supervivencia y demanda asistencial secundaria en los municipios de Fisterra y Corcubión (A Coruña)

**Introducción.** En Galicia, al igual que en el resto de España, el cáncer es la segunda

**Palabras clave:** Neumonía adquirida en la comunidad. Tabaco. EPOC.

**Palabras clave:** Cáncer. Incidencia. Supervivencia. Frecuentación.

causa de muerte. Entre 1980 y 1997 supuso una mortalidad proporcional del 24,81%<sup>1</sup>.

Los pacientes con cáncer tienen una demanda asistencial con características específicas. La atención primaria desempeña un papel importante en su cuidado, tanto en actividades de prevención como en las fases terminales de la enfermedad<sup>2,3</sup>.

**Objetivo.** Determinar la incidencia de cáncer en Fisterra y Corcubión, la supervivencia de los tumores más frecuentes y la frecuentación al centro de salud.

**Diseño.** Estudio observacional de seguimiento retrospectivo y prospectivo.

**Emplazamiento.** Centros de salud de los municipios de Fisterra y Corcubión (A Coruña).

**Participantes.** Ciento cincuenta y dos casos incidentes de cáncer diagnosticados desde el 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1999.

**Mediciones principales.** Edad, sexo, localización del tumor según CIE-9, fechas de diagnóstico y muerte. Número de consultas y motivos.

**Resultados.** El cáncer más frecuente es, sin contar los de piel, el de pulmón, con una tasa estandarizada de 46,31 casos por 100.000 habitantes. El segundo es el de mama, con una tasa ajustada de 89,75 por 100.000 mujeres, y el tercero, el de colon y recto, con tasa estandarizada de 26,04 por 100.000 habitantes. Les siguen en frecuencia el gástrico, el prostático, el de vejiga y el de útero.

La media de edad en el momento del diagnóstico del total de los tumores estudiados es de 64 años y la razón varón/mujer, de 3/2.

La supervivencia a los 12 meses es del 100% en el cáncer de mama, del 88,89% para los cánceres de vejiga y colon, del 56,25% en el de próstata, del 53,33% en el gástrico y del 48% en el de pulmón.

Durante el estudio, los pacientes incluidos consultaron 1.596 veces, con una media de 1,08 consultas por mes. Ajustando por edad, sexo, localización y presencia de dolor, la variable más próxima a modificar el número de consultas por mes ha sido la presencia de dolor. Éste fue el motivo más frecuente de consulta (35,9%), seguido de causas burocráticas y de control de constantes y parámetros analíticos.

**Discusión y conclusiones.** Los tumores más frecuentes en la población de Fisterra y Corcubión son el de pulmón y el de mama, como en la mayoría de los estudios realizados a escala nacional y europea<sup>4</sup>.

En cuanto a la supervivencia, los resultados obtenidos son también consistentes con estadísticas nacionales y europeas respecto a los cánceres de mama, vejiga y estómago<sup>5</sup>. Uno de los problemas fundamentales en el cuidado del paciente con cáncer es el control de síntomas como el dolor, que en nuestro estudio es el primer motivo de consulta. Dicho hallazgo es consistente a lo largo del seguimiento de estos pacientes tras el diagnóstico<sup>6</sup>. Este estudio pone además de manifiesto cómo la frecuentación se ve afectada por la presencia del dolor. Por todo esto consideramos que los profesionales de atención primaria deben estar preparados para el abordaje de esta patología a fin de ofrecer la mejor calidad asistencial a lo largo del proceso evolutivo de la enfermedad.

S. Pita Fernández<sup>a</sup>, M.J. Platero Castro<sup>b</sup>, S. Pértiga Díaz<sup>a</sup> y E. Feijoo Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. España.

<sup>b</sup>Centro de Salud de Fisterra. A Coruña. España.

<sup>c</sup>Centro de Salud de Corcubión. A Coruña. España.

1. Mortalidade en Galicia 1980-1997. Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie B, n.º 22 (CD-Rom). Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, 2000.
2. Simo Cruzet E, Urena Tapia MM, Vernet Vernet M, Sender Palacios MJ, Larrosa Saez P, Jovell Fernández E. Intervención del médico de familia en el diagnóstico del cáncer. Aten Primaria 2000;26:104-6.
3. Brotzman GL, Robertson RG. Role of the primary care physician after the diagnosis of cancer. The importance of the team approach. Prim Care 1998;25:401-6.
4. Black RJ, Bray F, Ferlay J, Parkin DM. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. Eur J Cancer 1997;33:1075-107.
5. Berrino F, Sant M, Verdecchia A, Capocaccia R, Hakulinen T, Esteve J, editors. Survival of cancer patients in Europe. The Eurocare study. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1995.

6. Pita Fernández S, Borbujo Martínez C, López-Docasar ME. Sobre el manejo de los pacientes con cáncer terminal. Aten Primaria 1995;15:125.

## Variables familiares asociadas al incumplimiento de las citas programadas en pacientes con hipertensión arterial

**Objetivo.** El objetivo del presente estudio es cuantificar el grado de adhesión a las visitas de control de la hipertensión arterial (HTA) que presentan los pacientes y explorar qué variables sociofamiliares influyen en la asistencia a las mismas.

**Diseño.** Estudio observacional prospectivo con un seguimiento de un año.

**Emplazamiento.** Centro de Saúde Mariña-mansa-A Cuña de Ourense (Galicia).

**Participantes.** Se eligió a 236 pacientes hipertensos por muestreo aleatorio para un nivel de confianza del 95% y un poder estadístico del 80%.

**Mediciones principales.** Se recogió información sobre edad, sexo, diabetes, dislipemia, tabaco, alcohol, peso, actividad laboral, clase social, nivel cultural, estado civil, tipo de familia, función familiar, red social y apoyo social (medido a través del cuestionario de Duke-Unc-11<sup>1</sup>). La asistencia a las citas de control de la HTA se calculó con el índice de cumplimiento del programa (número de citas acudidas/número de citas teóricas × 100). Los pacientes son citados cada tres meses. Se considera que el paciente es mal cumplidor cuando, después de dos intentos de contacto telefónico, acude a menos del 80% de los controles previstos.

**Resultados.** La edad media fue de 63,5 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 62,1-65,0%). Detectamos un 77,8% (IC del 95%, 70,9-83,4%) de familias normofuncionantes. El 30,2% (IC del 95%, 24,5-36,6%) de los pacientes hipertensos presentan una baja red social (0-1 contactos sociales). El bajo apoyo social percibido as-

**Palabras clave:** Hipertensión. Cumplimiento. Atención primaria.